

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 298

Du Traitement Opératoire des Annexites

par la Voie Vaginale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles FRANCK

Né le 22 Juin 1890, à Lyon.



MACON

J. BUGUET-COMPTOUR, IMPRIMEUR

4, RUE ST-NIZIER ET 1, RUE SENECE,

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 298

Du Traitement Opératoire des Annexites

par la Voie Vaginale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles FRANCK

Né le 22 Juin 1890, à Lyon.



MACON

J. BUGUET-COMPTOUR, IMPRIMEUR

4, RUE ST-NIZIER ET 1, RUE SENECE.

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, MORAT, TESIUT,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER ROQUE BARD
Cliniques Chirurgicales	{ TIXIER BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements.....	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique de maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	LEPINE
Clinique des maladies des enfants.....	WEILL
Clinique des maladies des femmes.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, radiologie, physiothérapie.....	CLUZET
Chimie biologique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREL
Matière médicale et Botanique.....	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUIART
Anatomie	LATARJET
Anatomie générale et Histologie.....	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MOURIQUAND
Anatomie pathologique	PAVIOT
Médecine opératoire	VILLARD,
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING F.
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie.	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agréé
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Embryologie	X....	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	X....	—
Clinique infantile	X....	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X....,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	Chargés des fonctions
BARRAL	BRETIN	SAVY	d'agréé :
COMMANDEUR	LERICHE	FROMENT	MM.
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	BONNAMOUR
LAROYENNE	TAVERNIER	PIERY	SARVONAT
VORON	CADE	COTTE	FAVRE
NOGIER	GUILLEMARD	DUROUX	GRAVIER
	GARIN	ROUBIER	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. CONDAMIN, *Président*; M. POLLOSSON, *Assesseur*;
M. LAROYENNE, *Prof. agrégé*; M. DUROUX, *Prof. agrégé*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

En le perdant j'ai vu disparaître,
non seulement un père très tendre
et très bon, mais l'ami le meilleur
et le plus sûr des guides.
Puisse l'exemple de sa vie de labeur
et de dévouement rester sans
cesse présent à ma pensée.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CONDAMIN

Je le remercie de l'honneur qu'il
me fait en acceptant de présider
ma thèse.

A MES JUGES

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Lyon et des Hôpitaux.

AVANT-PROPOS

La thèse que nous présentons ici, n'est point un plaidoyer en faveur des interventions à outrance par la voie vaginale et nous sommes loin de prétendre que l'on doive employer cette voie à l'exclusion de toute autre.

Mais comme nous essayerons de l'exposer, l'ablation des annexes par la voie basse, employée à bon escient par un chirurgien habitué à cette méthode, ne mérite point d'être reléguée à l'arrière-plan et d'être en butte à l'ostracisme de l'école chirurgicale contemporaine. Laparotomie et voie vaginale ont donc chacune des indications bien définies, et celle-ci n'ira plus, sœur indigne de la première, rejoindre dans l'oubli les antiques méthodes opératoires, dont on se souvient encore, mais que l'on rejette aujourd'hui.

Nous avons divisé ce travail en 4 parties, d'abord l'historique, puis les indications, le manuel opératoire et enfin la discussion de la méthode.

M. le Docteur Barjon, M. le Professeur agrégé Savy, Médecins des Hôpitaux de Lyon, nous ont toujours accueilli avec bonté dans leurs services : qu'ils soient assurés de notre reconnaissance.

Nous sommes heureux de remercier M. le Docteur Fayolle qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Nos remerciements vont surtout à M. le Professeur Condamine à l'œuvre duquel nous avons fait de larges emprunts et qui a bien voulu nous communiquer ses observations et nous aider longuement de ses conseils. Il nous fait le grand honneur d'être notre président de thèse.

M. le Professeur agrégé Duroux nous a toujours témoigné une grande bienveillance, qu'il reçoive ici l'expression de notre vive gratitude.

HISTORIQUE

On s'accorde à reconnaître que c'est Atlée qui employa le premier la voie vaginale. Il ouvrit en 1857 un abcès du bassin par le Douglas et enleva un kyste dermoïde. En 1867 R. Battey extirpait un kyste de l'ovaire, et en 1870 Gaillard Thomas l'imita et étudia le manuel opératoire de cette intervention. Puis successivement R. D. de Wilkesbarre (1872), Gilmore (1873), Wing (1876), W. Goodell (1877) opérèrent de même. Ce serait Czerny qui le premier en 1879 aurait exploré par le vagin des annexes malades.

Puis il se fit une réaction violente en faveur de la laparotomie et il faut arriver à l'année 1889 pour voir avec Picqué et son élève Bonnecaze, un premier pas dans la voie de retour à l'incision vaginale.

En 1891 Liwow s'occupa de l'oophrectomie vaginale. Puis ce furent les travaux de Pean, de Spatharos (thèse 1892), de Segond (1892), Terrillon, Bouilly, Richet, Doyen et de l'école Lyonnaise. Cette dernière avec Laroyenne, Goullioud, Condamin, a conservé à l'incision vaginale la place qui lui était due. Condamin a montré que la méthode était indiquée dans les cas où les annexes

se trouvaient enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite, dans la grossesse extra-utérine avec rupture du kyste fœtal; Gouilloud a proposé l'extirpation vaginale et unilatérale des petits pyosalpinx.

Les thèses de Oui (Lyon 1894) sur l'ablation vaginale des annexes dans le cas d'hématocèle rétro-utérine, de Chatelus (Lyon 1895), ablation directe des annexes par la voie vaginale, de Décot (Lyon 1897), résultats éloignés de l'ablation directe des annexes par la voie vaginale ont mis en lumière les travaux de M. Condamin.

En Allemagne il convient de citer les noms de Zweifel, Sãnger, Mackenrodt, Dührssen (1894), puis ceux de Wertheim, Falk, Martin (1897), Landau, Fritsch (1900). Pour l'Amérique, on remarque les noms de Taylor (1896), Hall et Schooler, Ries (1897), Wilson, Smith (1898), C. D. Palmer (1900) dont la communication a déterminé à Cincinnati une très longue et très importante discussion.

Pour les autres pays, il suffit de citer les mémoires de Van Hassel, Bossi, R. Krakow (1896), Donald (1898), Edgard (1899), Kynoch (1900), etc, etc.

Plus près de nous, des thèses importantes ont été publiées sur ce point particulier de la gynécologie : en France Isidore Rodriguez (1895), Louis Fuster (1897), Philippe Dally (1898), Fonvielle (1898), d'Herbecourt (1900), etc.

En Allemagne il faut signaler la thèse de Meyer (1899) et l'important volume de Dührssen.

Il y a quelques années le Professeur Ott de Pétrograd a apporté à la méthode un important perfectionnement par l'invention de ses valves éclairantes et au V^e Con-

grès International d'Obstrétique et de Gynécologie, la voie vaginale a été mise à l'ordre du jour.

Parmi les divers travaux publiés dans ces toutes dernières années citons ceux de Yung, A. Martin, Hartog en Allemagne, Lewis C. Morris en Amérique. En France, Pozzi, Proust, se sont à nouveau occupés de cette question et à Lyon même, Albertin et Desgouttes ont publié dans le *Lyon Chirurgical* d'avril 1909 une belle série de 34 colpotomies pour hématoécèles, précédée d'un article fort intéressant et très documenté où les partisans de la voie vaginale trouveront des passages fort instructifs relativement aux avantages et aux indications de cette méthode pour la grossesse tubaire.

Et enfin la série d'observations de M. Condamin dont nous publions ici 53 cas différents tous suivis de guérison, montre ce que l'on peut attendre de cette intervention bien dirigée et habilement conduite par un chirurgien familiarisé avec les indications et le manuel opératoire qu'elle comporte et que nous allons exposer dans les deux chapitres suivants.

Indications

Toutes les affections annexielles ne ressortissent pas d'un traitement chirurgical par la voie vaginale et il faut reconnaître tout d'abord que l'indication la plus vaste provient de l'habitude plus grande du chirurgien à opérer par cette voie.

On interviendra par la voie basse dans les cas de petits kystes de l'ovaire, les pyosalpinx ne dépassant pas le volume d'une mandarine ou d'un poing d'enfant. On pourra utiliser l'ancienne méthode de Laroyenne : après ponction au trocart faite à la vue comme dans une ovariectomie ordinaire, les parois s'affaissent, sont saisies entre les mors d'une pince et attirées au dehors. Le pédicule lui-même est amené au dehors et l'on en fait l'hémostase comme il sera dit au chapitre « Manuel opératoire », soit par une ligature au fil de soie, soit plutôt par une pince à demeure.

MM. ALBERTIN et DESGOUTTES ont précisé les indications de la colpotomie pour les hématoécèles dans le *Lyon Chirurgical* du 1^{er} avril 1909. Et dans ces cas, si l'on est obligé d'intervenir d'urgence, la colpotomie est une opération de valeur, grâce à sa simplicité, à son exécution rapide et par ce fait que même seul et sans instruments

spéciaux le chirurgien peut opérer. « Cette ouverture du Douglas, n'établit aucune communication avec le grand péritoine, les grandes collections sanguines du cul-de-sac postérieur sont généralement suffisamment enkystées pour qu'on les considère comme extra-péritonéales » (ALBERTIN et DESGOUTTES). « De plus cette opération peut être vivement conduite, on videra la poche avec une cuillère à soupe par exemple, après quoi un bon tamponnement assurera l'hémostase de la cavité. » (ALBERTIN et DESGOUTTES).

Dans les grossesses extra-utérines avec rupture du kyste fœtal, M. CONDAMIN utilise la voie vaginale, en complétant la ponction et le nettoyage de la poche, par l'ablation de la trompe rompue et de l'ovaire du même côté. Voici comment s'exprime cet auteur dans le *Lyon Médical* de novembre 1894 : « Je crois que dans les ruptures du kyste fœtal tubaire il faut compléter la méthode de M. LAROYENNE (ponction et débridement) par l'ablation de la trompe rompue et de l'ovaire adjacent. Ces annexes pourront être, dans certains cas, la cause d'une nouvelle grossesse extra-utérine et seront susceptibles ensuite, s'il y a rétention placentaire dans la trompe, d'amener un état de septicémie analogue à celui qu'on observe dans les rétentions utérines. Un autre fait à considérer est le suivant : Si on laisse la trompe et l'ovaire, habitat et cause de grossesse extra-utérine, on aura à redouter pour l'avenir des phénomènes douloureux par suite de l'enclavement de ces organes dans les exsudats et les fausses membranes qui tapisseront la cavité rétractée. » (CONDAMIN.)

Les salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite sont justiciables également de la voie basse.

L'ouverture du cul-de-sac donne issue à une collection de pus très peu virulent, presque séreux, au sein duquel sont enkystées les annexes enflammées. Enfin la méthode sera employée dans tous les cas où les annexes sont prolabées dans le cul-de-sac postérieur et nettement senties par le doigt explorateur, à travers la paroi du vagin.

Nous croyons que l'on doit rejeter la voie vaginale lorsque l'on se trouvera en face de tumeurs haut situées, ou encore ayant contracté avec les autres organes du petit bassin, avec les anses intestinales, des adhérences solidement organisées et que le doigt seul, sans le concours de la vue, ne pourrait essayer de détruire sans s'exposer à des désastres.

Toutes les fois également, que l'on aura affaire à de volumineuses tumeurs, à développement abdominal plutôt que pelvien, on fera une laparotomie.

Manuel opératoire

L'ablation des annexes par la voie vaginale comporte une technique opératoire, à peu près la même dans tous les cas. Celle que nous allons décrire a toujours donné les meilleurs résultats à Monsieur le Professeur CONDAMIN, grâce à certaines petites modifications de détail. La malade, placée en position gynécologique, après désinfection au savon, rasage du pubis et désinfection totale de la sphère génitale subit une pulvérisation de teinture d'iode sur toute la région vulvaire et les parties avoisinantes. En outre une serviette stérilisée et fendue suivant la direction de la vulve est destinée à préserver les mains de l'opérateur qui, forcément, auront de nombreux contacts avec les régions voisines de la vulve. La stérilisation du vagin s'obtient par un savonnage prolongé et une injection vaginale qui précédera ce que Monsieur CONDAMIN appelle le bain vaginal antiseptique. Ce dernier consiste à faire couler dans le vagin une certaine quantité d'eau oxygénée ou d'un succédané, Néol par exemple, et pendant tout le temps de l'opération, on s'ingéniera à laisser dans le fond du vagin une certaine quantité de ce liquide antiseptique non irritant. Un peu

de teinture d'iode sera déposée sur le col et son orifice et à ce moment va commencer l'intervention.

1^{er} temps. — Fixation du col par sa lèvre postérieure avec une pince à deux mors de préférence ou si la chose n'est pas possible à cause de l'effacement de la lèvre postérieure, fixation des deux commissures du col par deux pinces de MUSEUX. Le col sera, si la chose est possible, d'abord abaissé puis relevé en haut et en avant. M. CON-DAMIN n'emploie pas les écarteurs du vagin pour ce genre d'opération, car la main gauche avec son index et son médius devra constamment manœuvrer à une certaine profondeur dans le vagin et même dans la cavité abdominale, ce qui ne serait pas possible ou très difficile avec un écarteur.

2^e temps. — Ce temps comporte l'incision du cul-de-sac postérieur. Celle-ci devra se faire à l'union du col avec le vagin et non pas au milieu du cul-de-sac de Douglas ou de la collection pouvant faire saillie. On opère dans une zone à peu près complètement exsangue et si la pénétration dans le Douglas est moins rapide et moins brillante, par contre on évite sûrement, de cette façon, les hémorragies de la tranche vaginale postérieure. Le vagin une fois incisé c'est avec le doigt généralement que l'on effondrera le cul-de-sac postérieur et même que l'on pénétrera dans une collection faisant saillie à ce niveau. Avec un écarteur on élargira l'incision primitive de façon à pouvoir manœuvrer facilement, du moins avec deux doigts. Il ne faut pas oublier que ce sont les doigts du chirurgien qui vont faire la presque totalité des manœuvres dans l'ablation des annexes par la voie vaginale, car en somme tout se réduit à peu près

au décollement de ces annexes que l'on aura à enlever ultérieurement. L'usage des gants de caoutchouc ou de fil en pareille circonstance, occasionnent une grande gêne et enlèvent au chirurgien une partie de sa sensibilité tactile qui demande ici à être très développée : par conséquent il faut y suppléer par un nettoyage particulièrement soigné des doigts et surtout l'application d'une couche de teinture d'iode sur les extrémités digitales.

3^e temps. — Le cul-de-sac postérieur étant effondré, il faut immédiatement se rendre compte de la position des annexes et de leurs adhérences avec les parties voisines. C'est surtout quand on aura ouvert dès ces premiers temps une collection purulente qu'il faudra avoir recours au bain antiseptique d'eau oxygénée, ce qui assure l'innocuité des manœuvres ultérieures. Tantôt les annexes sont plaquées contre le cul-de-sac postérieur en constituant une masse médiane, tantôt au contraire celles-ci sont placées latéralement plus ou moins loin de ce cul-de-sac postérieur. Dans le premier cas c'est au ras de l'ouverture qu'il faudra chercher à amorcer le décollement des annexes sans aller trop profondément car la zone de clivage se trouve entre le péritoine du Douglas et ces annexes mêmes. Si celles-ci sont placées latéralement, les deux doigts de la main gauche pénétreront plus profondément (toujours dans un bain antiseptique) et amorceront de la même façon ces décollements.

Il ne faut pas chercher à attirer trop tôt par une pince à mors fenêtrés les organes malades, il faut avant tout les décoller aussi complètement que possible en prenant la précaution essentielle de ne pas tirer trop fort, car l'on risquerait de déchirer les parois d'une anse intes-

tinale ou bien encore, surtout dans les cas de salpingo-ovarite au sein d'un foyer de pelvi-péritonite on s'exposerait à rompre la poche d'enkystement.

Les annexes étant maintenant décollées sur une étendue suffisante ou même en totalité, avec une pince en cœur largement fenêtrée on va saisir ce qui a été décor-tiqué des parties voisines. On exerce une traction lente, progressive et toujours modérée avec la main droite tenant la pince, tandis que les doigts de la main gauche continuent à travailler dans la profondeur. Quelque-fois à ce moment il est bon qu'un aide fasse une pression sur la paroi sus-pubienne pour faciliter ces manœuvres, surtout si les annexes sont haut placées. Généralement on voit alors se produire une sorte de pédiculisation de la trompe et elle est attirée dans le fond du vagin avec ou sans l'ovaire.

Lorsqu'on n'arrive pas à abaisser la trompe, M. Condamain propose de faire un morcellement de cette trompe et de l'ovaire malades, qu'il est toujours facile de broyer entre les mors d'une pince fenêtrée. La pince arrache morceau par morceau les parties qu'elle aura saisies et il est alors nécessaire de placer au-dessus de la première une deuxième pince qui remplira un rôle analogue. On arrivera aussi par des morcellements successifs à l'ablation à peu près totale de l'annexe malade. M. Condamain, son auteur, désigne cette méthode sous le nom de salpingotripsie ou ovariotripsie. Si l'on trouve des adhérences trop intimes, il ne faut pas chercher à tout décoller. En effet, « par le morcellement on réduira la trompe en une bouillie qui s'évacuera spontanément par les pansements » (Condamain). On évitera ainsi les

dangers déjà si atténués par la voie vaginale d'une perforation intestinale.

Lorsque, comme il a été dit plus haut, on a pu abaisser la trompe dans le vagin, on procède alors au 4^e temps.

4^e Temps. Il est constitué par l'hémostase de la section de l'organe prolabé. On fera cette hémostase par l'application d'un fil de soie ou de catgut, mais M. Condamin préfère l'application d'une pince longuette recourbée qui se place toujours avec la plus grande facilité et qui permet de maintenir le pédicule généralement infecté soit dans le vagin, soit dans la partie basse du Douglas entr'ouvert.

Quelquefois, soit la pince qui tire sur les annexes, soit la pince qui fait l'hémostase, arrache la portion sur laquelle elle est fixée : s'il s'agit simplement de la trompe, la chose n'a pas d'importance et il n'y a pas lieu de redouter une hémorragie; au contraire si c'est l'ovaire qui a été saisi il faudra veiller d'une façon toute particulière à une bonne forcipressure à cause de l'hémorragie grave due aux artérioles qui se rendent à l'ovaire. Naturellement quand les lésions sont bilatérales, ces manœuvres, cette technique s'appliqueront aux deux côtés. Comme le champ opératoire sera gêné par la présence d'une première pince, il faudra toujours aborder en premier lieu le côté le plus difficile à traiter. Pendant toutes ces manœuvres nous faisons écouler dans la profondeur une certaine quantité d'eau oxygénée pour maintenir jusqu'à la fin le bain antiseptique.

5^e Temps. La ou les pinces qui font l'hémostase du pédicule étant soutenues par un aide et légèrement ti-

rées en bas, on introduit à côté ou entre ces branches un pansement qui sert à la fois d'hémostase, de drainage et qui même doit pouvoir permettre des lavages antiseptiques ultérieurs. Pour cela on confectionne ce pansement de la façon suivante : 2 drains, l'un moyen, l'autre plus petit sont adossés l'un à l'autre, le plus gros devra être muni d'ouvertures latérales pour permettre le drainage, le deuxième plus petit ne servira guère qu'aux lavages. Ces 2 drains sont entourés de quelques tours de gaze et fortement imprégnés d'eau oxygénée, ils seront portés dans la profondeur jusqu'à la limite de la zone où ont porté les décollements. Parfois l'ouverture de la tranche vaginale à son insertion sur le col, agrandie par les dilatations ultérieures doit recevoir une ou plusieurs mèches de gaze complémentaires pour assurer une hémostase complète. Ce ne serait que dans un cas d'hémorragie sérieuse que l'on aurait recours à l'ancienne éponge de Laroyenne qui, à côté d'avantages hémostatiques considérables, a l'inconvénient de faire un peu de rétention derrière elle.

Ce pansement devra rester en place de 8 à 15 jours. Si la malade ne présente pas de température supérieure à 38°5 on n'y touchera pas; sinon à partir du 4^e jour on pourra par le petit drain non fenêtré faire pénétrer dans la cavité pelvienne une certaine quantité d'eau oxygénée étendue, mais cela sans pression. On voit le retour de ce liquide s'effectuer par le drain fenêtré et quand le lavage a été fait soigneusement, il est rare que l'on n'observe pas immédiatement l'abaissement de la température. Dans le cas où celle-ci persisterait il faudrait incriminer une collection qui aurait échappé au

drainage et alors enlever tous les pansements et sous l'anesthésie aller chercher par les premières voies d'accès, cette collection, et la **drainer** comme précédemment.

Au bout de 48 heures, on peut, sans appréhension, enlever les pinces hémostatiques. Généralement cette ablation s'accompagne d'une légère élévation de température qui tombe le lendemain. Quand les manœuvres de décortication auront été longues, prolongées, étendues, il sera bon de maintenir une vessie de glace sur la paroi abdominale.

Une complication rare mais possible, consiste dans la production d'une fistule recto ou intestino-vaginale. Celle-ci n'est presque jamais produite par l'intervention, comme on semble le croire en incriminant un accident ou bien une maladresse opératoire; mais, au contraire, par une communication préalable entre l'abcès tubaire et l'intestin, la trompe purulente ayant adhéré d'abord, puis, s'étant ouverte dans une anse digestive. Naturellement, les manœuvres de décollement établissent une communication entre l'intestin et la cavité qui vient d'être créée. D'après les observations de M. CONDAMIN, il est rare que ces fistules persistent : elles ont une grande tendance à la guérison spontanée; la constatation de leur existence comporte l'obligation de se contenter de simples lavages et la suppression précoce de tout pansement. Au bout de dix à quinze jours, on enlèvera cet appareil de drainage et on le remplacera par une mèche plus ou moins volumineuse de gaze, pour empêcher la fermeture prématurée du cul-de-sac effondré.

Discussion de la Méthode

Les chirurgiens, en général, ont soulevé de nombreuses objections au sujet du traitement chirurgical des annexites par la voie basse. Quelle est donc, exactement, la nature de ces objections? Aboutissent-elles à des contre-indications formelles de la méthode vaginale?

Le premier reproche fait à l'incision vaginale, c'est de présenter un champ opératoire trop restreint et de ne permettre qu'une opération à l'aveuglette. Reconnaissons tout d'abord que sur ce point la laparotomie l'emporte évidemment, et le nier serait s'exposer à être taxé de partialité. Pourtant, à part le cas de vagin vierge, il convient ici de remarquer que l'on peut obtenir un espace suffisant pour opérer. On sait d'abord que les parois du vagin possèdent une grande élasticité, élasticité encore accrue chez les multipares. Par ailleurs, la profondeur qui peut être diminuée considérablement par une pression exercée sur la tumeur par un aide et par l'abaissement de l'utérus « est rarement un obstacle lorsque l'on intervient avec une certaine habitude par le cul-de-sac postérieur où les pulpes digitales rempla-

cent avantageusement l'œil » (CONDAMIN). J'ajoute que le Professeur Dimitri de OTT, de l'Université de Petrograd, a préconisé, en 1902, l'emploi d'un procédé simple et pratique, pour éclairer artificiellement toute la cavité pelvienne. Cette méthode, à laquelle son auteur donne le nom de ventroscopie, utilise essentiellement des valves portant à leur extrémité de petites ampoules électriques. L'introduction de ces valves dans la plaie opératoire, après incision du cul-de-sac, a pour résultat immédiat l'agrandissement de cette incision et l'éclairage du champ opératoire. Ceci constitue évidemment un grand perfectionnement, à la faveur duquel l'intervention vaginale ne se ferait plus sans le concours de la vue bien que dans cette opération, nous l'avons déjà dit, « les pulpes digitales remplacent avantageusement l'œil. » (CONDAMIN.)

On a prétendu aussi que la voie vaginale ne permettait pas une hémostase aussi soignée que la voie haute. En réalité, nous ne voyons pas là plus de difficultés que n'en offre parfois dans une laparotomie la ligature des vaisseaux situés dans la profondeur du petit bassin. D'autre part, la mise en place d'une pince à demeure sur le pédicule qui, par la voie abdominale, constituerait un pis aller, trouve ici parfaitement son emploi.

Et s'il se produisait une hémorragie consécutive, après la laparotomie, elle ne se reconnaîtrait pas immédiatement et la malade pourrait succomber avant une deuxième intervention. Par contre, avec la voie vaginale, la plaie restant béante, l'hémorragie est immédiatement constatée et traitée en conséquence. Il convient de dire ici que la trompe ne saigne pas lorsqu'on

l'enlève : seul l'ovaire donne parfois lieu à des ennuis à ce sujet. L'hémorragie la plus gênante serait celle qui prendrait naissance au niveau de la tranche vaginale, mais nous connaissons parfaitement, depuis la thèse de COMMANDEUR, l'anatomie et la vascularisation des culs-de-sac et nous savons qu'il faut inciser tout près de l'insertion du vagin sur le col pour éviter facilement l'écoulement sanguin.

On a dit encore que les lésions de voisinage étaient plus à redouter par la voie basse. Cette assertion est dénuée de fondement : si l'opération est bien conduite selon le manuel indiqué plus haut, on n'est exposé, en aucune façon, aux blessures de la vessie, des uretères ou des artères utérines.

On a également reproché aux opérations vaginales de ne pas se prêter aux règles de la méthode antiseptique, mais l'on arrive parfaitement à obtenir dans le vagin une aseptie parfaite; d'autre part, le vagin ne serait point aussi infecté que l'on a voulu le dire car ses sécrétions seraient microbicides. Grâce à ce que M. le Professeur CONDAMIN appelle le bain vaginal on opère dans un milieu très suffisamment antiseptique.

Telles sont, rapidement énumérées, les principales objections que l'on a pu faire à cette voie. Mais il convient maintenant de mettre en lumière les nombreux avantages qui nous font, dans certaines conditions, préférer cette voie à la laparotomie.

Tout d'abord, et ceci est la principale cause de notre préférence pour la colpotomie, il faut reconnaître la bénignité beaucoup plus grande de cette opération : toutes les statistiques prouvent, avec éclat, la valeur de cette

affirmation, le choc opératoire est réduit au minimum, la laparotomie est infiniment plus grave, les suites en sont bien plus sévères. Et SECONDE est venu naguère élayer ce qui précède de tout le poids de son incontestable autorité en disant : « Toutes choses égales, d'ailleurs, le coefficient traumatique d'une intervention vaginale est toujours inférieur à celui d'une laparotomie. » Quels sont les facteurs de cette atténuation de gravité? En premier lieu, le choc opératoire est beaucoup plus intense lorsque l'on intervient par l'abdomen et ceci tient d'abord à ce que la durée est infiniment plus grande pour la laparotomie que pour la colpotomie qui est une opération de quelques minutes. Ensuite le péritoine et l'intestin sont exposés au refroidissement et au dessèchement et sont irrités bien plus que dans la méthode vaginale par les mains de l'opérateur et par les instruments; et ces circonstances particulières expliquent le choc, la paresse intestinale et comment, après l'intervention le champ opératoire fournit un terrain tout préparé à l'infection. Il est, d'autre part, difficile, durant la laparotomie, de protéger la cavité abdominale contre tous les produits infectieux qui peuvent y pénétrer par la rupture des poches purulentes, malgré l'emploi de compresses en masse pour se défendre contre un tel danger.

Avec la méthode vaginale, le champ opératoire est limité par le petit bassin et, en outre, l'intestin n'est pas en contact avec les mains de l'opérateur, ni exposé à l'air qui le refroidirait et le dessècherait et à l'abri des manipulations qui se passent dans le petit bassin. Pendant toute l'opération, les viscères restent cachés et

parfois on ne voit de l'intestin que la face antérieure de la partie inférieure du rectum. L'ouverture, dans la cavité abdominale est étroite et de plus elle est bouchée pendant l'opération quand on tire l'utérus. Parfois il arrive que les anses intestinales agglutinées et formant plafond à la partie supérieure de l'excavation pelvienne séparent très nettement celle-ci de la grande cavité abdominale : on voit dans un cas de ce genre quels avantages on obtient à opérer au-dessous de ces adhérences au lieu de passer au travers. Supposons, à présent, que pendant la libération et l'extraction des annexes, une manœuvre un peu brutale provoque la rupture d'un pyosalpinx : les conséquences peu sévères en général, si l'on est intervenu par le vagin, sont incalculables au contraire si l'on opérait par la voie haute et acquièrent par là un caractère de haute gravité qui fait que le plus souvent, la malade meurt de péritonite suraiguë généralisée.

Un autre avantage de la voie vaginale, c'est de placer le champ opératoire dans des conditions toutes particulières d'asepsie. La cavité abdominale, ouverte par les culs-de-sac du vagin est en effet protégée d'en haut et à l'abri des poussières pouvant exister dans l'air ambiant. De plus, l'incision vaginale faite dans un point de déclivité maxima, assure un bon drainage ultérieur : de là résulte un minimum de chances de généralisation de l'infection, d'autant plus que cette incision porte sur le péritoine pelvien moins susceptible que la grande séreuse abdominale.

Si maintenant l'on se place surtout au point de vue de la clientèle de ville, la colpotomie offre comme avan-

tage d'être bien mieux acceptée que l'ouverture du ventre par la paroi, qui effrayé toujours.

En outre, dans la laparotomie, on est toujours conduit à opérer au delà de ce qui est nécessaire. Si le chirurgien après ablation d'une annexe tombe sur la deuxième un peu enflammée, il ne pourra pas attendre pour l'enlever car ce serait faire courir à la patiente les risques d'une nouvelle laparotomie : intervention fort grave. Au contraire avec la voie vaginale on pourra attendre et alors on a quelquefois la chance de voir guérir cette annexe, et au cas où les choses tourneraient au pire, une deuxième intervention par le cul-de-sac est facilement acceptée.

Si l'on se place maintenant au point de vue des résultats éloignés, on voit que les statistiques sont toujours en faveur de la voie basse. De même pour les suites post-opératoires immédiates qui sont plus rapides et la durée de la convalescence qui est moins longue. La laparotomie, en plus des inconvénients déjà signalés, en présente deux principaux.

Tout d'abord après une telle opération la paroi reste toujours affaiblie, le tissu de cicatrice ne vaut jamais le tissu sain; même dans les cas les plus favorables la malade est bien souvent obligée de porter pendant longtemps un bandage, parfois se produisent des hernies ou des éventrations qui font de l'opérée une infirme véritable.

Un deuxième inconvénient réside dans le fait suivant. Dans toutes les laparotomies pour lésions salpingiennes doubles où l'opération conservatrice doit toujours l'emporter sur l'opération mutilante, on conserve à peu près

constamment un ovaire ou un segment d'ovaire avec l'utérus chez les jeunes sujets. Le résultat est que l'intervention se termine souvent en laissant en place un utérus dont ni le col, ni la cavité, n'ont été traités, et une opération complémentaire ultérieure n'est pas facilement acceptée. La colpotomie vaginale pare aux deux objections, il n'est plus question de hernie, et de plus, dans la même séance on peut pratiquer la colpotomie et intervenir sur le col et la cavité utérine.

Certains chirurgiens ont proposé de remédier à l'étroitesse de la brèche d'accès par l'ablation de l'utérus faite en même temps. M. Condamin a montré que la présence de l'utérus ne gênait pas beaucoup pour l'ablation des annexes. « Si l'ablation de l'utérus, dit-il, donne du jour, c'est avant son extirpation complète, alors que l'organe étant en bascule, on exerce des tiraillements sur les cornes utérines et par ce fait on attire dans le vagin, trompes et ovaires. Mais lorsque les pinces ont été mises à demeure, il nous semble qu'elles gênent beaucoup les manœuvres de décortication ». Il vaut mieux dans le cas de lésions annexielles uni ou bilatérales, respecter l'utérus et au moins un ovaire car du même coup on maintient la persistance de la menstruation, circonstance qui, surtout chez une femme jeune encore est particulièrement heureuse au double point de vue psychique et physiologique.

Observations

OBSERVATION I

(CONDAMIN)

Madame V. 32 ans, entre le 2 octobre 1915. A eu un accouchement suivi d'hémorragies abondantes et de fièvre. Pas de fausses couches. L'affection actuelle remonterait à 2 ans, mais aurait augmenté surtout depuis un mois. Pertes blanches tachant le linge. La malade souffre dans le bas ventre surtout à gauche.

A l'examen on trouve les culs-de-sac indurés et douloureux.

Colpotomie. Le 11 octobre 1915, ablation de la trompe droite. Pince hémostatique à demeure pendant 48 heures. Drainage avec une mèche. La malade part le 6 novembre en convalescence.

Elle rentre de nouveau le 3 février 1916 parce qu'elle souffre beaucoup à droite et qu'elle perd abondamment en blanc.

Le 8 février 1916, Colpotomie. Ablation de la trompe gauche. Pince hémostatique à demeure 48 heures. Drainage. La malade part en convalescence le 3 mars 1916.

OBSERVATION II

(CONDAMIN)

Madame B..., 29 ans et demi, entre le 21 décembre 1915. A eu 3 accouchements et une fausse couche il y a deux ans et une salpingite 5 mois après. Depuis 8 jours souffre beaucoup du bas-ventre, pertes blanches abondantes, le toucher révèle la présence d'une masse douloureuse et adhérente dans le cul-de-sac postérieur.

On pratique l'ovarectomie vaginale le 23 décembre 1915. On trouve des adhérences assez considérables et un petit hématome ovarique. On laisse une pince à demeure 48 heures. Mèche.

La malade part guérie le 8 janvier 1916.

OBSERVATION III

(CONDAMIN)

Madame R..., 27 ans et demi. Entre le 21 décembre 1915.

Pas d'accouchements. Une fausse couche de 3 mois il y a 3 ans. La malade souffre depuis 6 jours du bas-ventre et des jambes. Quelques pertes rouges, pas de pertes blanches. T. : 37°8 à l'entrée.

Le toucher permet de sentir dans le cul-de-sac postérieur une trompe grosse et douloureuse.

Le 23 décembre 1915 : Colpotomie. Ablation vaginale d'un kyste de Rosenmüller. Adhérences. Pince à demeure 48 heures. Mèche.

La malade part guérie le 3 février 1916.

OBSERVATION IV

(CONDAMIN)

Madame F..., 21 ans. Entre le 30 décembre 1915. Pas d'accouchements, une fausse couche, il y a six mois.

La malade souffre depuis trois semaines. Pertes blanches verdâtres. Céphalée. T. : 38°2 à l'entrée.

Le toucher révèle dans le Douglas une grosse masse dure et douloureuse. Les deux annexes sont grosses et en arrière dans le Douglas.

Colpotomie le 4 janvier 1916. Ecoulement de sérosité, ablation bilatérale des trompes. On laisse deux pinces hémostatiques à demeure 48 heures. Drain. Mèche.

La malade part guérie le 20 janvier 1916.

OBSERVATION V

(CONDAMIN)

Madame N..., 23 ans et demi. Entre le 8 février 1916. Ni accouchements, ni fausses couches. L'affection actuelle remonte à 1 mois. La malade souffre dans le bas-ventre et les reins surtout lorsqu'elle est debout. Pertes blanches abondantes. Au toucher la poche de Douglas est douloureuse et laisse percevoir une masse dure. Les culs de sac latéraux sont durs également et douloureux.

Colpotomie le 11 février 1916. On trouve un gros pyosalpinx double; ablation bilatérale des trompes. 2 pinces à demeure. 2 drains.

Le 27 février 1916, la malade part guérie.

OBSERVATION VI

(CONDAMIN)

Madame N..., 21 ans, entre le 10 février 1916. Ni accouchements ni fausses couches.

L'affection actuelle remonte environ à 1 mois. Le 19 janvier 1916, la malade a perdu subitement connaissance, elle est tombée par terre, puis ensuite a ressenti de vives douleurs dans le bas-ventre surtout à gauche. Métrorragies abondantes avec caillots. Malade anémiée. T. : 38°2 le soir de l'arrivée.

L'examen révèle à gauche et en arrière du corps utérin une masse molle, arrondie douloureuse.

Colpotomie le 15 février 1916. Ablation vaginale d'un kyste de Rosenmüller. Pince à demeure 48 heures. Mèche.

Le 29 février 1916, dilatation et curettage.

Le 8 mars 1916, la malade part guérie.

OBSERVATION VII

(CONDAMIN)

Madame B..., 23 ans, entre le 18 mars 1916. A eu 4 accouchements faciles et une fausse couche d'un mois, il y a 6 mois. L'affection actuelle remonte à 1 mois. Le 11 février 1916 la malade a eu des pertes rouges et en caillots. Depuis ce moment elle perd tout le temps et a des douleurs dans le bas-ventre s'irradiant dans les cuisses. A l'examen on trouve à droite une grosse masse dure, allongée, douloureuse et bombant dans le cul-de-sac droit.

Colpotomie le 23 mars 1916. Ablation de la trompe droite

qui était grosse et très friable. On n'a pas pu appliquer une pince hémostatique. Drainage.

Le 9 avril 1916 la malade part guérie.

OBSERVATION VIII

(CONDAMIN)

Mademoiselle R..., 19 ans et demi. Entre le 18 mars 1916. Ni accouchements, ni fausses couches. L'affection actuelle remonte à 10 jours. Elle a commencé par des douleurs localisées au niveau du bas-ventre surtout à gauche. Pertes blanches abondantes. T. : 38° dans la soirée.

A l'examen le Douglas est dur et douloureux ainsi que le cul-de-sac latéral gauche.

Colpotomie le 23 mars 1916. Ablation vaginale des deux trompes. 2 pinces hémostatiques. Drainage.

Le 6 avril 1916 la malade part guérie.

OBSERVATION IX

(CONDAMIN)

Madame B..., 22 ans. Entre le 24 mars 1916. Ni accouchements, ni fausses couches. L'affection actuelle remonte à 3 mois. Elle a débuté par des douleurs dans le bas-ventre s'irradiant dans les reins et les jambes. T. : 38°4 à l'entrée. A l'examen on trouve dans le Douglas et dans le cul-de-sac droit,

une masse arrondie, rénitente, dure et douloureuse à la pression du doigt.

Colpotomie le 27 mars. On trouve deux trompes très grosses et remplies de pus. On les enlève. On place deux pinces hémostatiques pendant 48 heures. Drainage, mèche.

Le 31 mai 1916, la malade part chez elle.

OBSERVATION X

(CONDAMIN)

Madame V..., 25 ans. Entre le 2 avril 1916. Pas d'accouchement, une fausse couche de 3 mois, il y a 3 ans. L'affection actuelle remonte à 3 jours. Le 31 mars dernier la malade en se levant avait une métrorragie abondante et en caillots. Ensuite avait des douleurs très fortes au niveau du bas-ventre des deux côtés. La température oscillait de 37 à 40°. A l'examen les deux annexes sont grosses et bombent dans le vagin, à gauche surtout.

Colpotomie le 6 avril 1916. Ablation de la trompe gauche. Pince hémostatique à demeure pendant 48 heures. Drainage.

Le 22 avril 1916, la malade part guérie.

OBSERVATION XI

(CONDAMIN)

Madame D..., 26 ans, entre le 27 avril 1916. 1 accouchement, pas de fausses couches. Présente des douleurs dans le bas-

ventre et les reins. T. : 37°2 à l'entrée. A l'examen on sent à droite une masse annexielle douloureuse et qui vient bomber dans le cul-de-sac postérieur.

Colpotomie le 2 mai 1916. Ablation de la trompe droite. Drainage avec drains et mèche. Pince à demeure 48 heures.

Le 25 mai 1916, la malade part guérie.

OBSERVATION XII

(CONDAMIN)

Madame G..., 29 ans, entre le 20 mai 1916. 1 accouchement facile, pas de fausses couches. L'affection actuelle remonte à dix jours. Elle a commencé par des douleurs localisées au niveau du bas-ventre et à gauche. La température oscille autour de 39°. A l'examen on trouve que la trompe gauche est très grosse, du volume d'une orange, très dure et très douloureuse.

Colpotomie le 30 mai 1916. Ablation de la trompe gauche qui est grosse et très friable. On ne peut pas mettre une pince hémostatique. On draine avec deux mèches et un drain.

Le 17 juin 1916 la malade part guérie.

OBSERVATION XIII

(CONDAMIN)

Madame F..., 18 ans, entre le 26 mai 1916. Un accouchement il y a 7 mois, pas de fausses couches. L'affection actuelle

remonte à un mois et demi. Commence par des douleurs localisées dans le bas-ventre du côté gauche, irradiées dans les lombes. La poche de Douglas est douloureuse, le cul-de-sac vaginal gauche est dur et douloureux et on y sent bomber une très grosse annexe.

Colpotomie le 31 mai 1916. Ablation d'un gros hydrosalpinx gauche. Pince hémostatique 48 heures. Drainage.

Le 15 juin 1916 la malade part guérie.

OBSERVATION XIV

(CONDAMIN)

Madame M..., 25 ans, entre le 28 mai 1916. A eu un accouchement normal et pas de fausses couches. L'affection actuelle remontait à deux mois, elle a débuté par des douleurs abdominales, de la diarrhée et de la fièvre. La température oscille entre 37 et 39°. A l'examen on sent des masses annexielles à droite et à gauche qui viennent bomber dans les culs-de-sac.

Colpotomie le 15 juin 1916, ouverture d'une grosse collection.

Le 9 juillet 1916, la malade part presque guérie.

OBSERVATION XV

(CONDAMIN)

Madame D..., 20 ans, entre le 13 juin 1916. Pas d'accouchement, une fausse couche de trois mois, il y a trois ans, l'affec-

tion actuelle remonte à un mois. A ce moment, la malade avait beaucoup de pertes blanches et subitement un jour elle a senti des douleurs très intenses dans le bas-ventre. T. 38° à l'entrée. A l'examen les culs-de-sac sont indurés surtout à gauche, on y sent une collection entourant les trompes.

Colpotomie le 17 juin 1916. Petite collection purulente. Ablation de la trompe droite. Pince hémostatique à demeure 48 heures. Drainage.

Le 2 juillet 1916, la malade part guérie.

OBSERVATION XVI

(CONDAMIN)

Madame G., 37 ans, entre le 13 juin 1916, pas d'accouchement, l'affection actuelle remonte à 8 jours, la malade qui avait des pertes rouges a senti subitement des douleurs violentes dans le bas-ventre surtout à droite et s'irradiant dans les reins. T. : 37° 6 à l'entrée, à l'examen on sent une grosse collection dans la poche de Douglas et le cul-de-sac gauche. Colpotomie le 17 juin 1916. On tombe sur un kyste parovarien de l'organe de ROSENMULLER que l'on décortique et dont on fait l'ablation. On met une pince à demeure pendant 48 heures. Drainage. Le 6 juillet 1916 la malade part en convalescence.

OBSERVATION XVII

(CONDAMIN)

Mme veuve V..., 23 ans, entre le 24 juin 1916, pas d'accou-

chement, pas de fausse couche, l'affection actuelle remonte à 8 jours, pertes jaunâtres très abondantes. La malade souffre dans le bas-ventre surtout du côté gauche. T. 38° à l'entrée.

A l'examen, on sent une collection douloureuse à gauche qui vient bomber dans le cul-de-sac. Colpotomie le 1^{er} juillet 1916. Ablation de la trompe gauche. Pince hémostatique à demeure 48 heures.

Le 17 juillet 1916, la malade part guérie.

OBSERVATION XVIII

(CONDAMIN)

Mme J., 23 ans, entre le 3 août 1916, un accouchement facile et une fausse couche de deux mois et demi, il y un mois et demi, l'affection actuelle remonte à 15 jours; la malade se plaint de douleurs localisées au niveau du bas-ventre, surtout à gauche. T. : 38°. A l'examen on sent les deux annexes grossies. Colpotomie le 19 août 1916. Ablation de la trompe gauche. Pince à demeure 48 heures. Drainage. Mèche.

Le 3 septembre 1916 la malade part guérie.

OBSERVATION XIX

(CONDAMIN)

Mlle G., 22 ans, entre le 28 septembre 1916, Un accouchement, pas de fausses couches. A déjà subi deux colpotomies

pour collections. L'affection actuelle date de 15 jours, la malade a senti une douleur du côté droit dans le bas-ventre vers le pli de l'aine; cette douleur s'irradie dans les reins et s'exagère pendant la défécation. Pas de pertes. A l'examen on trouve une poche de Douglas très dure et douloureuse. L'annexe droite est volumineuse et douloureuse.

Colpotomie le 3 octobre 1916. Ablation de l'annexe droite. Mèche.

Le 19 octobre la malade sort guérie.

OBSERVATION XX

(CONDAMIN)

Madame M..., 37 ans entre le 5 octobre 1916, un accouchement pas de fausse couche, l'affection actuelle remonte à 3 mois, la malade a perdu en blanc jaunâtre, elle souffre au niveau de l'hypochondre gauche avec irradiation dans les jambes. T. : 37°4 à l'entrée. A l'examen la poche de Douglas est dure et volumineuse, l'annexe gauche est énorme.

Colpotomie le 16 octobre 1916. Evacuation de la collection. Ablation de la trompe gauche très volumineuse. Le 30 octobre 1916 on a enlevé les mèches. La malade va très bien.

Le 9 novembre 1916 la malade sort guérie.

OBSERVATION XXI

(CONDAMIN)

Madame R..., 40 ans, entre le 16 octobre 1916. Pas d'accouchements, deux fausses couches il y a 8 ans.

L'affection actuelle remonterait à 6 mois. Elle a commencé par des douleurs dans les reins avec gargouillement dans le bas-ventre à gauche. Irradiations dans la cuisse gauche. T : 37°2 à l'entrée.

A l'examen le Douglas est induré, les culs-de-sac latéraux le sont également, mais surtout à gauche. Colpotomie le 9 novembre 1916. Ablation de l'annexe gauche. On laisse une pince à demeure. Drainage, mèche. On enlève la pince le 11 et le 24 les mèches.

Le 30 novembre la malade sort guérie.

OBSERVATION XXII

(CONDAMIN)

Madame D..., 29 ans. Entre le 2 novembre 1916. Pas d'accouchements ni de fausses couches. Depuis 6 mois la malade perd abondamment en rouge et en blanc, elle accuse des douleurs lancinantes dans la fosse iliaque gauche et dans les reins. T. : 38° à l'entrée. A l'examen la poche de Douglas est dure, douloureuse, bombant dans le vagin, fluctuante. Le cul-de-sac gauche est très tendu, on y sent une tumeur de la taille d'une noix.

Colpotomie le 23 novembre 1916. Evacuation des deux poches, une à droite séreuse, une à gauche purulente. Ablation de l'annexe gauche. Drainage. Mèches.

Le 11 décembre 1916 la malade sort guérie.

OBSERVATION XXIII

(CONDAMIN)

Madame L..., 41 ans. Entrée le 2 novembre 1916. 1 accouchement, une fausse couche de 5 mois en 1896. Depuis le 16 octobre la malade perd chaque jour en rouge. Depuis 4 jours, la malade perd de plus en plus, et ces pertes sont mélangées de caillots. Elle souffre dans le bas-ventre et les reins de douleurs continuelles, lancinantes. T. : 37°2 à l'entrée. A l'examen le Douglas est souple et indolore, à droite le cul-de-sac est douloureux ainsi qu'à gauche.

Colpotomie le 17 novembre 1916. Enucléation de la trompe gauche.

Le 4 décembre 1916 la malade quitte la salle en très bon état.

OBSERVATION XXIV

(CONDAMIN)

Madame F..., 27 ans, entre le 4 novembre 1916. A eu deux accouchements. Pas de fausses couches. La malade était soignée à la consultation pour rétroversion de l'utérus depuis le 28 octobre, puis ayant présenté de la température elle entre à Ste-Madeleine, Elle se plaint depuis le 18 octobre de douleurs dans le ventre et les reins. T. : 37°8 à l'entrée. A l'examen la poche de Douglas est dure et douloureuse. Le cul-de-sac gauche est tendu et douloureux, l'annexe gauche est volumineuse.

Colpotomie le 16 novembre 1916. La trompe gauche, du volume d'un œuf de pigeon est énucléée. On met une pince à demeure. Drains et mèches.

Le 28 novembre on enlève les mèches et les drains.

Le 1^{er} décembre 1916 la malade sort guérie.

OBSERVATION XXV

(CONDAMIN)

Madame V..., 29 ans, entrée le 13 novembre 1916. N'a eu ni accouchements ni fausses couches. L'affection actuelle remonterait à 3 semaines. A ce moment la malade a ressenti des douleurs dans le bas-ventre avec d'abondantes pertes rouges mêlées de caillots. Actuellement elle a encore des pertes blanches tachant le linge et souffre du ventre à gauche surtout. T. : 37°8 le 14 au soir. A l'examen on sent à gauche un paquet annexiel douloureux.

Colpotomie le 21 novembre 1916. Enucléation de l'annexe gauche distendue par du pus.

Le 14 décembre 1916 la malade sort guérie.

OBSERVATION XXVI

(CONDAMIN)

Madame C..., 24 ans, entrée le 27 novembre 1916. A eu deux accouchements et deux fausses couches, la dernière de 3 mois il y a 6 semaines. Actuellement la malade perd un blanc verdâtre et souffre dans le bas-ventre. T. : 38°4.

A l'examen le Douglas est énorme, induré, très douloureux, bombant dans le vagin.

Colpotomie le 1^{er} décembre 1916. Evacuation d'une collection purulente. Enucléation de la trompe gauche. Pince à demeure. Drainage.

Le 17 décembre 1916 la malade sort guérie.

OBSERVATION XXVII

(CONDAMIN)

Madame V..., 30 ans, entre le 29 novembre 1916. 3 accouchements. 1 fausse couche de 2 mois et demi il y a 3 ans. Depuis 6 mois la malade a de grosses pertes rouges au moment de ses règles et souffre dans le bas-ventre avec irradiations dans les reins et les jambes. T. : 38° à l'entrée.

A l'examen on trouve à droite et en arrière une masse annexielle volumineuse, et une collection qui vient bomber dans le Douglas.

Colpotomie le 5 décembre 1916. Evacuation d'une petite collection séreuse. Annexe droite volumineuse. On l'énuclée. Pince à demeure. 1 mèche. 1 drain.

Le 24 décembre 1916 la malade quitte la salle en très bon état.

OBSERVATION XXVIII

(CONDAMIN)

Madame E..., 23 ans. Entre le 21 février 1917. A eu un accouchement, pas de fausses couches. Depuis 2 ans la malade a des pertes jaunâtres, épaisses, fétides. Elle a déjà été soignée il y a 2 mois à la 1^{re} infirmerie. Depuis 4 jours douleurs dans le bas-ventre. T. : 39s à l'entrée. A l'examen on sent une grosse collection qui vient bomber dans le Douglas. A droite, masse annexielle très douloureuse.

Colpotomie le 27 février 1917. Evacuation d'un liquide séreux en petite quantité. Ablation de la trompe droite puru-

lente et de la trompe gauche avec une partie de l'ovaire gauche. On place deux drains et des mèches. La malade part le 16 mars 1917.

OBSERVATION XXIX

(CONDAMIN)

Mlle R..., 19 ans, entre le 13 mars 1917. Ni accouchements, ni fausses couches. Douleurs des deux côtés du bas-ventre, irradiations dans les reins et les jambes.

A l'examen on sent une tumeur du volume d'une orange.

Colpotomie le 22 mars 1917. Le trocart libère une collection séreuse claire comme de l'eau. C'est un kyste de l'ovaire droit dont on ramène entièrement la poche par la voie vaginale. On met une pince à demeure et on draine.

Le 15 avril 1917 la malade part guérie.

OBSERVATION XXX

(CONDAMIN)

Madame D..., 38 ans, entrée le 11 mai 1917. La malade a eu il y a 3 semaines des pertes rouges qui ont duré 15 jours. A ce moment la malade souffrait du ventre et des reins, la miction était très douloureuse et les urines troubles. Actuellement les douleurs ont à peu près disparu.

Colpotomie le 15 mai 1917. Ouverture d'une hématocele. Drainage avec 2 drains Mèches.

Sortie le 3 juin 1917.

OBSERVATION XXXI

(CONDAMIN)

Madame C..., 36 ans, entrée le 15 mai 1917. A eu deux accouchements faciles et 2 fausses couches. La malade, depuis 2 mois, a des pertes jaunâtres et fétides. La malade a souffert beaucoup alors du bas-ventre et des reins. A l'examen on sent dans le Douglas une grosse collection.

Colpotomie le 19 mai 1917. Ablation d'une trompe purulente. Drainage avec deux drains et des mèches.

La malade sort guérie le 2 juin 1917.

OBSERVATION XXXII

(CONDAMIN)

Mlle C..., 25 ans. Entre le 22 mai 1917. A eu un accouchement et une fausse couche de 4 mois et demi. Depuis 8 jours, elle souffre du côté gauche de l'abdomen de douleurs lancinantes s'irradiant dans les reins. T. : 38°2 à l'entrée.

A l'examen on sent dans le Douglas une collection assez volumineuse. Les culs-de-sacs vaginaux sont libres.

Colpotomie le 24 mai 1917. Ouverture des deux collections : une séreuse, une purulente.

Ablation de la trompe gauche, énorme et remplie de pus. Drainage par drains et mèches.

La malade sort le 7 juin 1917.

OBSERVATION XXXIII

(CONDAMIN)

Madame M..., 25 ans, Entre le 24 mai 1917. A eu 3 accouchements et pas de fausses couches. Depuis 2 mois la malade souffre beaucoup du ventre et des reins. Elle a des pertes verdâtres, fétides assez abondantes. T. : 38°4 le soir de l'entrée. A l'examen on sent dans le cul-de-sac de Douglas une grosse collection. A droite on perçoit une grosse annexe plaquée sur le corps.

Colpotomie le 31 mai 1917. Ablation de la trompe droite. Drainage par drains et mèches.

La malade sort le 18 juin 1917.

OBSERVATION XXXIV

(CONDAMIN)

Madame C..., 32 ans et demi. Entre le 25 mai 1917. A eu un accouchement et pas de fausses couches. Depuis 2 mois la malade souffre du bas-ventre et des reins. Elle présente quelques pertes blanches. T. : 37°3 à l'entrée. A l'examen, on sent dans le cul-de-sac de Douglas une énorme collection qui bombe en arrière dans le rectum. A gauche la trompe est volumineuse et plaquée sur le corps de l'utérus.

Colpotomie le 30 mai 1917. On enlève un kyste de l'ovaire de la grosseur d'une pomme. Drainage par drains et mèches.

La malade sort le 12 juin après avoir elle-même demandé à quitter le service.

OBSERVATION XXXV

(CONDAMIN)

Madame G..., 28 ans et demi. Entrée le 31 mai 1917. La malade a eu 3 accouchements simples, pas de fausses couches. Ni pertes blanches ni pertes rouges. Elle présente de temps à autre des petites douleurs dans le ventre et les reins. T. : 38° le soir de l'entrée.

A l'examen le cul-de-sac latéral gauche est envahi par une collection assez grosse. On sent à droite et à gauche les annexes volumineuses, plaquées sur le corps utérin.

Colpotomie le 4 juin 1917. Ablation des deux trompes et de l'ovaire droit. Drainage par deux drains et deux mèches.

La malade sort guérie le 25 juin 1917.

OBSERVATION XXXVI

(CONDAMIN)

Madame M..., 24 ans. Entrée le 21 juin 1917. La malade a été opérée déjà le 16 novembre 1916. On lui fit à cette époque une colpotomie car depuis 3 semaines elle souffrait dans le bas-ventre et les reins et présentait un Douglas énorme, bombant dans le vagin, douloureux, fluctuant. On sent à gauche une masse que l'on isole assez facilement par la palpation. L'intervention permet l'évacuation d'une grosse collection à pus jaune rouge, un peu grumeleux, non fétide. On trouve plusieurs poches que l'on crève. La trompe gauche est énorme à parois épaissies. Par des tractions successives, on arrive à l'énucléer complètement. Drains et mèches. La ma-

lade part guérie le 3 décembre 1916 pour revenir aujourd'hui avec une grosse collection qui bombe le cul-de-sac de Douglas.

Colpotomie le 27 juin 1917. Ablation de la 2^e trompe. Drainage.

La malade sort guérie le 13 juillet 1917.

OBSERVATION XXXVII

(CONDAMIN)

Mme B..., 41 ans. Entre le 6 juillet 1917; a eu 3 accouchements, dont 1 prématuré. Pas de fausses couches. Depuis 2 ans la malade présente des pertes rouges assez abondantes. Elle a eu, il y a 3 semaines, de violentes douleurs dans le bas-ventre et les reins; elles sont disparues maintenant. T. : 38° à l'entrée.

A l'examen on tombe sur une grosse collection du cul-de-sac de Douglas.

Colpotomie le 10 juillet 1917. Ablation de la trompe droite purulente. On laisse une partie de la trompe, qui adhère à l'intestin. Drainage.

Le 28 juillet 1917, sortie.

OBSERVATION XXXVIII

(CONDAMIN)

Mme B..., 19 ans, entre le 27 juillet 1917. Présente d'abon-

dantes pertes blanches et des douleurs continues au niveau du bas-ventre. T. : 37°8 le soir de l'entrée. A l'examen on sent bomber dans la poche de Douglas une petite collection. De chaque côté les annexes sont un peu grosses, douloureuses à la pression.

Colpotomie le 14 août 1917. Ablation de l'ovaire gauche.

Sortie le 28 août 1917.

OBSERVATION XXXIX

(CONDAMIN)

Mme D..., 19 ans, entre le 28 juillet 1917. Elle présente depuis un mois des pertes jaunes, fétides, empesant le linge. A eu 2 fois des pertes rouges pendant le mois de juillet. Elle souffre beaucoup dans le bas-ventre. T. : 38°2 à l'entrée. A l'examen on explore à gauche une grosse annexe douloureuse au toucher. Colpotomie le 14 août 1917. Ablation de la trompe gauche.

Le 2 septembre 1917, la malade sort guérie.

OBSERVATION XL

(CONDAMIN)

Mme D..., 27 ans et demi, entre le 31 juillet 1917. A eu 4 accouchements et pas de fausses couches. La malade présente d'abondantes pertes verdâtres, fétides, parfois quelques pertes rouges. Douleurs dans le bas-ventre. T. : 38° à l'entrée.

A l'examen on sent une collection pelvienne de la grosseur d'une orange, qui vient bomber dans le cul-de-sac gauche et le Douglas. A droite et en arrière on sent une collection doubleuse de la grosseur d'un œuf.

Colpotomie le 7 août 1917. Ablation des deux trompes. Drainage.

Le 23 août 1917 la malade sort guérie.

OBSERVATION XLI

(CONDAMIN)

Mme T., 24 ans, entre le 1^{er} août 1917. A eu deux accouchements, pas de fausses couches. L'affection actuelle remonte à 15 jours, elle a débuté par des douleurs dans le bas-ventre des deux côtés, dans les reins et dans les jambes, accompagnées de pertes jaunâtres, tachant le linge. Pas de pertes rouges. T. : 38° le soir de l'entrée.

A l'examen on sent à droite et en arrière une collection du volume du poing. A gauche on sent une collection grosse comme une mandarine.

Colpotomie le 7 août 1917. Ablation de la trompe gauche. Drainage.

Le 6 septembre 1917, la malade part guérie.

OBSERVATION XLII

(CONDAMIN)

Mlle B., 22 ans, entre le 13 septembre 1917; ni accouchements, ni fausses couches. La malade, depuis neuf mois, souffre

dans le bas-ventre et de chaque côté avec des irradiations dans les lombes. Pertes blanches abondantes. T. : 37°9 à l'entrée.

A l'examen on trouve à gauche une trompe volumineuse.

Colpotomie le 28 septembre 1917. On fait à gauche l'ablation de la trompe qui est volumineuse.

Ouverture d'une grosse collection à droite sans ablation.

Nouvelle colpotomie le 21 octobre pour une grosse masse indurée à droite. On ponctionne sans retirer ni pus, ni sérosité : lésions diffuses. Pas d'ablation. Drainage.

Le 10 novembre 1917, la malade part guérie.

OBSERVATION XLIII

(CONDAMIN)

Mme L..., 30 ans, entrée le 15 septembre 1917. Aucun accouchement normal et pas de fausses couches. La malade se plaint de souffrir beaucoup depuis quelques temps au moment des règles qui sont très abondantes, mêlées de caillots. T. : 38°2 à l'entrée.

A l'examen on sent une grosse collection qui vient bomber dans la poche de Douglas.

Colpotomie le 20 septembre 1917. Ouverture d'une grosse collection séreuse. Ablation de la trompe gauche remplie de pus.

Le 6 octobre 1917, la malade guérie, quitte le service.

OBSERVATION XLIV

(CONDAMIN)

Mme B..., 31 ans, entre le 25 octobre 1917. A eu 1 accou-

chement et une fausse couche il y a 13 ans. Depuis quelque temps la malade perd abondamment en blanc et un peu en rouge. Peu de douleurs. T. : 38°2 à l'entrée. A l'examen on trouve un utérus déplacé à droite par une grosse masse an-
nexielle bombant dans le cul-de-sac postérieur.

Colpotomie le 4 novembre 1917. Ablation de la trompe gauche et ouverture d'une collection séreuse à droite.

La malade sort guérie le 18 décembre 1917.

OBSERVATION XLV

(CONDAMIN)

Mlle F..., 29 ans, entre le 25 octobre 1917. N'a eu autrefois ni accouchements, ni fausses couches. La malade a des règles très irrégulières, abondantes, mélangées de caillots de sang. Pertes blanches abondantes. Elle souffre, depuis le 20, dans le bas-ventre, du côté gauche. Cette douleur s'irradie dans les lombes. T. : 38°5 à l'entrée. A l'examen on sent une collection dans le Douglas bombant dans le vagin.

Colpotomie le 13 novembre. On évacue une collection purulente du Douglas. Ablation de la trompe gauche. On met une pince sur le pédicule et on draine.

Le 26 novembre 1917, la malade part guérie.

OBSERVATION XLIV

Madame B., 28 ans; entrée le 28 octobre 1917. A eu trois accouchements et pas de fausses couches. Depuis trois ou

quatre mois, la malade a eu quelques pertes blanches. Le 18 octobre dernier, violente crise abdominale avec température élevée (39°) qui obligèrent la malade à s'aliter. Après trois ou quatre jours, les douleurs s'atténuèrent. Actuellement la malade ne souffre presque plus et la température est normale.

A l'examen, le cul-de-sac gauche est libre. Au contraire, le cul-de-sac droit est empâté et légèrement douloureux. On a l'impression d'une collection qui se serait résorbée.

Colpotomie le 3 novembre 1917. Pas de collection. On ouvre la trompe et on la draine.

Le 29 décembre 1917 la malade part.

OBSERVATION XLVII
(CONDAMIN)

Mme J..., 31 ans, entrée le 30 octobre 1917. A eu 3 accouchements et une fausse couche de 5 mois il y a 3 ans. Il y a deux mois, la malade a perdu presque continuellement pendant un mois; le mois dernier elle n'a perdu qu'à 2 reprises séparées par un intervalle de 15 jours environ. Depuis un mois elle porte un pessaire pour une rétroversion et depuis ce moment elle a quelques pertes blanches. La malade souffre de douleurs continues avec exacerbation au moment des règles; les douleurs sont marquées à gauche surtout, avec des irradiations lombaires et dans la cuisse droite. T. : 38°4 le soir de l'entrée. L'examen permet de déceler l'existence d'une grosse collection dans le cul-de-sac latéral gauche.

Colpotomie le 4 novembre 1917. On extrait un kyste dermoïde enflammé. On met une pince à demeure. Drainage.

Le 11 novembre 1917 la malade part guérie.

OBSERVATION XLVIII

(CONDAMIN)

Mme C..., 22 ans, entrée le 8 novembre 1917. Elle a eu un accouchement suivi de fièvre il y a un mois. On a été obligé de pratiquer un lavage intra-utérin. La malade présente des pertes blanches et rouges. Depuis un mois elle présente des douleurs du côté gauche, dans les reins et les jambes. T. : 38°4 à l'entrée.

L'examen permet de déceler l'existence d'une grosse collection que l'on sent bomber dans le Douglas et le cul-de-sac latéral gauche.

Colpotomie le 27 novembre 1917. Ouverture d'une collection. Ablation de la trompe gauche.

Le 13 décembre 1917 la malade part guérie.

OBSERVATION XLIX

(CONDAMIN)

Madame M..., 27 ans, entrée le 13 novembre 1917. A eu 2 accouchements et pas de fausses couches. La malade a présenté il y a peu de temps des pertes rouges pendant 2 jours. Pertes blanches. Depuis plus de 4 ans la malade souffre dans le ventre, ces douleurs ont bien augmenté depuis janvier dernier. Elles s'irradient dans les reins et sont surtout marquées du côté droit. Pas de température.

A l'examen, on trouve une grosse masse annexielle faisant saillie dans le cul-de-sac latéral droit.

Colpotomie le 14 novembre 1917. Ablation de l'ovaire et de la trompe droite. Drainage.

Le 29 novembre 1917 la malade part guérie.

OBSERVATION L

(CONDAMIN)

Madame P..., 21 ans, entrée le 14 novembre 1917. A eu 2 accouchements et 1 fausse couche le 15 mai 1917. N'a pas présenté de pertes rouges mais beaucoup de pertes blanches. Elle souffre dans le ventre à gauche surtout et dans les reins. Pas de température.

A l'examen on sent à gauche et en arrière une grosse collection qui bombe dans le Douglas et le rectum.

Colpotomie le 27 novembre 1917. Ouverture d'une collection et ablation de la trompe et de l'ovaire gauches. Drainage.

Le 13 décembre 1917, la malade part en bonne santé.

OBSERVATION LI

(CONDAMIN)

Madame C..., 48 ans, entrée le 26 novembre 1917. N'a eu ni accouchements ni fausses couches. La malade a beaucoup de pertes blanches et elle souffre dans le ventre. Douleurs vives pour aller à la selle et pour uriner.

T. : 38° le soir de l'entrée. A l'examen on perçoit à gauche une annexe volumineuse et douloureuse.

Colpotomie le 6 novembre 1917. Ablation de la trompe gauche et drainage. Le 22 décembre 1917 la malade sort, guérie.

OBESRVATION LII

(CONDAMIN)

Madame D..., 27 ans, entrée le 26 novembre 1917. A eu un accouchement et une fausse couche. Depuis 2 mois la malade a d'abondantes pertes blanches; elle souffre dans le ventre, à droite surtout.

T. : 38°4 à l'entrée. A l'examen, on trouve le col utérin ramené derrière le pubis par une énorme collection qui vient bomber dans la poche de Douglas et dans le rectum.

Colpotomie le 28 novembre 1917. On ouvre une grosse collection, et on fait l'ablation d'une trompe qui s'effrite.

Le 17 décembre 1917 la malade part guérie.

OBSERVATION LIII

(CONDAMIN)

Mlle E..., 23 ans, entrée le 6 décembre 1917. A eu un accouchement et pas de fausses couches. Elle présente un peu de pertes blanches et des douleurs dans le ventre, surtout à droite, et dans les reins. T. : 38°2 à l'entrée. L'examen permet de déceler la présence d'une collection pelvienne bombant dans le cul-de-sac de Douglas.

Colpotomie le 8 décembre 1917. Ablation d'une grosse trompe fougueuse, à gauche. Drainage.

Le 28 décembre 1917 la malade part guérie.

CONCLUSIONS

I. — On a intérêt dans certains cas, à se servir de la méthode vaginale, qui, si elle ne doit pas être employée à outrance, ne nous paraît point mériter d'être reléguée à l'arrière-plan.

II. — Nombre de chirurgiens n'ont plus actuellement l'usage de cette méthode, qui entre des mains exercées à la pratiquer habituellement pourra dans certains cas être préférée à la laparotomie.

III. — Les indications découlent principalement des cas, où les annexes petites, peu adhérentes, sont prolapsées dans le cul-de-sac postérieur, dans les petits pyosalpinx bas situés et ne dépassant pas le volume d'une orange, dans les salpingo ovarites enkystées au sein d'un foyer de pelvi-péritonite, dans la grossesse extra-utérine avec rupture du kyste fœtal.

IV. — Les objections que ses adversaires systématiques ont faites à l'emploi de la voie vaginale, sont discutables.

V. — L'incision par la voie vaginale est infiniment moins grave que la laparotomie, la sécurité opératoire est plus grande, les risques d'infection sont plus réduits, la convalescence a une durée minima.

VI. — Mais ce serait discréditer la voie vaginale que de prétendre qu'elle doit être uniquement employée. Colpotomie et laparotomie ne doivent pas être considérées comme des adversaires l'une de l'autre, mais au contraire comme des méthodes qui se complètent réciproquement et possèdent chacune leurs indications bien définies.

Vu :
LE DOYEN,
HUGOUNENQ.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CONDAMIN.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 19 juin 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN et DESGOUTTES. — De la grossesse tubaire. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} avril 1919.
- ASTRUC. — Traité clinique des maladies des femmes, 1861.
- BANTOCK. — Ablation des annexes par la voie vaginale (*British Médic. Journal*, 1878).
- EAUDRON. — Thèse de Paris, 1894.
- PERTHIER. — Des pansements consécutifs à la colpotomie postérieure (Thèse de Lyon, 1904).
- BLANC. — De l'inflammation péri-utérine chronique avec épanchement latent (Thèse de Lyon, 1887).
- BONNECAZE. — Valeur et indications de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe (Thèse de Paris, 1889).
- BONNET. — Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et de leur ablation par la voie vaginale (Thèse de Lyon, 1895).
- BOUILLY. — De l'ouverture par la voie vaginale de collections purulentes salpingées et ovariennes (*Bull. Soc. Chirurgie*, 1890).
- BOUILLY. — Indications et valeur de l'incision vaginale. (Congrès français de chirurgie, 1895).

- DE BOVIS. — *Semaine Médicale*, 4 novembre 1908.
- EROCA. — Suppurations pelviennes, du choix des méthodes opératoires (Congrès français de Chirurgie, 1893).
- CAMELOT. — Thèse Paris, 1895.
- CHAPUT. — L'hystérectomie vagino-sacrée (Hystérectomie vaginale à ciel ouvert). (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1910).
- CHATELUS. — De l'ablation directe des annexes par la voie vaginale (Thèse de Lyon, 1895).
- COMMANDEUR. — Topographie des culs-de-sac vaginaux (Thèse Lyon, 1894).
- CONDAMIN. — Du traitement par la voie vaginale des hémato-cèle et des grossesses extra-utérines avec rupture du kyste fœtal (*Lyon Médical*, 1894; *Archives de Tocologie; Annales de Gynécologie*, 1895).
- CONDAMIN. — De l'ablation directe des annexes par le vagin dans la salpingo-ovarite enkystée (*Lyon Médical*, 1894).
- CONDAMIN. — De l'ablation directe des annexes par la voie vaginale (*Gazette des Hôpitaux*, 1895).
- CONDAMIN. — De la salpingo-ovario-tripsie et de l'ablation des annexes par la voie vaginale dans la salpingo-ovarite enkystée (communication au Congrès de Chirurgie de Lyon, 1894).
- CAMÉ. — Thèse de Paris, 1896.
- DELAGENIÈRE. — Supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes; Paris, 1891.
- DELBET. — Traité des supurations pelviennes, Paris, 1891.
- DOYEN. — 324 opérations sur l'utérus et les annexes (*Archiv. provinciales de Chirurgie*, 1892).

FAURE. — *Presse Médicale*, 19 octobre 1897.

GOULLIoud. — Débridement vaginal des collections de la périmétrite chronique (Congrès français de Chirurgie, 1889).

GOULLIoud. — Du débridement vaginal des collections pelviennes. (Archives provinciales de Chirurgie, 1893).

GOULLIoud. — Extirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpinx (Communication au Congrès international de Gynécologie de Bruxelles, 1892, et *Lyon Médical*, numéros 5 et 6, 1893).

GOULLIoud. — Cas de grossesse chez-des opérées pour salpingo-ovarites (8^e Congrès français de Chirurgie, Lyon, 1894).

GOULLIoud. — Suites éloignées des ablations d'annexes pour salpingo-ovarites (*Lyon Médical*, T. III, 1892).

LIARTOG. — Des soins à donner après la cœliotomie (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1907, numéro 1, page 15).

HARTMANN. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1897.

JABOULAY. — Indications de la laparotomie vaginale. L'attraction des annexes dans le vagin (*Province médicale*, 12 octobre 1895).

W.-L. JACOBSON. — Des résultats des opérations conservatrices pratiquées sur les trompes et les ovaires (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, Paris, 1911).

JACOBS. — *Bulletin de la Soc. belge de Gynécologie*, 1893.

JAUBERT. — Thèse de Lyon, 1896.

JAYLE. — La pelyscopie. Eclairage interne du bassin (*Presse médicale*, 8 novembre 1910 et 18 mars 1911).

JAYLE. — Etude-statistique d'une série continue de 500 cas de laparotomie, de cœliotomie vaginale, d'hystérectomie vaginale, etc. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1907).

LABADIE, LAGRAVE et LEGNEU. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie, 1902.

LAROYENNE. — De la permétrite chronique compliquée d'un épanchement latent séreux ou hématique (*Lyon Médical*, 1886).

LAROYENNE. — *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1890.

LAROYENNE. — De l'ablation par le vagin des annexes de l'utérus enkystés dans un foyer de pelvi-péritonite (*Annales de Gynécologie*, juillet 1896).

LE DENTU. — Traitement des affections inflammatoires des annexes de l'utérus (*Gazette des Hôpitaux*, 1892).

LEWIS C. MORRIS. — *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women*. Vol. LXII, n° 396, déc. 1910.

LOP. — De la conduite à tenir dans la rupture de la trompe gravide (*Journal d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie pratiques*, 20 août 1906, p. 272).

MANUELIDÈS. — *Thèse Lyon*, 1897.

A. MARTIN. — Die vaginalen methoden in der Geburtshilfe und der Gynækologie (*Sammlung klinischer Vorträge*, n° 220, 1910).

MÛNPROFIT. — *Thèse Paris*, 1888.

MONTPROFIT. — Chirurgie des ovaires et des trompes, 1903.

MORRIS. — La conservation dans les opérations sur les annexes de l'utérus. *Journal américain d'obstétrique*. Décembre 1910.

OUI. — Hématocèle rétro-utérine. *Thèse Lyon*, 1894.

PICHEVIN. — *Thèse Paris* 1889.

PICQUÉ. — De l'ablation de certaines tumeurs de l'ovaire et des trompes par l'incision vaginale. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, 1890).

POZZI. — L'évolution de l'ovariotomie en France. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, t. IX, n° 4, octobre 1909).

PROUST. — Colpo-hysterectomie totale par voie vulvo-périnéale. (*Presse médicale*, 16 mars 1907, n° 22).

PHOCAS. — L'incision vaginale dans les suppurations pelviennes. (*Nord Médical*, 1898).

RICHELOT. — Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique. Genève, 1896.

ROUFFART. — Traitement des abcès pelviens (Annales de la Société belge de gynécologie. Juin 1894).

ROUTIER. — Traitement chirurgical de l'hématocèle péri-utérine. *Semaine médicale*. Juin 1898.

SEGOND. — De l'hysterectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. (Société de chirurgie, 91-92-94).

SYNNEPHIAS. — Suppurations péri-utérines post-abortives ou post-puerpérales et de leur traitement par l'elytrotomie postérieure. (*Th. Paris*, 1894-1895).

TERRILLON. — Traitement chirurgical des suppurations pelviennes de la femme. (*Semaine médicale*, 4 août 1886).

TERRILLON. — Ablation des annexes par la voie vaginale. (*Progrès médical*, 1891).

- VALLAS. — Traitement des suppurations pelviennes. (*Province médicale*, 1891).
- VALENTIN. — *Thèse Paris*, 1893.
- VALLIN. — Situation et prolapsus des ovaires. Ablation des annexes par la voie vaginale. (*Thèse Paris* 1887).
- VUILLET. — Traitement des pyosalpinx et des collections du pelvis. (Congrès de Rome, 1894).
- VINEBERG. — Vaginal cœliotomy with remarks on the new field it opens up fit the treatment of blackward displacement of the uterus with diseased annexed by vagin fixation. (*Medical Record*, 2 mars 1895).
- JUNG. — Valeur de la cœliotomie vaginale (*Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*. Bd. XXXIX. Heft 1. 1914).
- V^e Congrès International d'Obstétrique et de Gynécologie. . .
La voie vaginale dans l'accouchement et la gynécologie. (*Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1910).
-

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	5
Historique	7
Indications	10
Manuel opératoire	13
Discussion de la Méthode	20
Observations	27
Conclusions	55
Bibliographie	57
